



## CERTIFICADO PARA ACREDITAR LA SUPERVIVENCIA FÍSICA DE LOS PENSIONISTAS

### 1.- Datos que deben ser llenados por el(la) Interesado(a):

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Nombre(s) \_\_\_\_\_ Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_

Nacionalidad:  Mexicana  Estadounidense  
 Otra \_\_\_\_\_

### Domicilio actual en los Estados Unidos de América:

número	calle	departamento	ciudad	estado	código postal
--------	-------	--------------	--------	--------	---------------

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (celular) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### 2.- Datos de la Institución que otorga la pensión:

Institución:  ISSSTE  IMSS (Ley 73)  IMSS (Ley 97)  
 IMSS (Ex – Trabajador)  ISSFAM  Otra \_\_\_\_\_

No. de Pensionista: \_\_\_\_\_

Firma del(la) Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de Recepción \_\_\_\_\_  
(día, mes, año)